

تقرير وضع التأهيل الفصلي

للمساعدات المالية وكوبونات الطعام

رقم القضية (إن كان معروفاً):

اسم المستفيد:

استعمل هذا النموذج للإبلاغ الطوعي عن تغييرات حدثت منذ آخر تقرير فصلي (QR 7/SAWS QR 7).

إذا كنت تبلغنا عن تغييرات في الدخل، رجاء أن تزودنا بالإثباتات، مثل أورومات الشيكات، نسخ عن الشيكات، رسائل من الوكالات، الخ.

إذا كنت تبلغنا عن تغييرات في النفقات، رجاء أن تزودنا بالإثباتات، مثل الإيصالات، الشيكات المقبوضة، الفواتير المدفوعة، الخ.

إذا كنت تبلغنا عن تغيير العنوان، رجاء أن تزودنا بالإثباتات مثل نسخة عن اتفاقية الإيجار الجديد لمكانك الجديد، نسخ عن عربون المنافع العامة، الخ.

المعلومات الازامية

إذا كنت تحصل على إعانة مالية، أبلغ عن المعلومات المشار إليها بإعانة مالية (CA) إذا كنت تحصل على كوبونات طعام، أبلغ عن المعلومات المشار إليها ب��وبونات طعام (FS) القسمان المتعلقان بتغيير العنوان والمعلومات الطوعية هما لكافة وحدات الأسر/الإعانات.

إعانات مالية (CA) مجموع دخل أسرتي يزيد عن العد لعائلة بحجم أسرتي.
 خلال شهر _____ بلغ مجموع دخل أسرتي _____ دولار.

إعانات مالية (CA) أحد أفراد أسرتي هو محكوم عليه بجناية مخدرات.
 اسم الشخص _____
 تاريخ اقتراف الجناية _____

إعانات مالية (CA) أحد أفراد أسرتي يتوجب أو يتهرب من القانون لتحاشي المقاضاة الجنائية أو الوصاية أو السجن بعد الإدانة أو مخالفة شروط إطلاق السراح المشروط.
 اسم الشخص _____

إعانة مالية/كوبونات طعام (CA/FS) لقد انتقلت، أو غيرت رقم هاتفي، أو لدى عنوان جديد للمراسلة.
 عنوان المنزل الجديد _____

العنوان البريدي الجديد (إذا اختلف عن عنوان المنزل)
(_____
رقم الهاتف الجديد _____)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> أحصل على منافع مجانية في هذا العنوان الجديد. | <input type="checkbox"/> أحصل على إيجار مجاني في هذا العنوان الجديد. |
| <input type="checkbox"/> نفقات منافية هي _____
عند: <input type="checkbox"/> تدفئة <input type="checkbox"/> ماء
<input type="checkbox"/> تبريد <input type="checkbox"/> ماء
<input type="checkbox"/> مجاري <input type="checkbox"/> نفاثات
<input type="checkbox"/> هاتف <input type="checkbox"/> غير ذلك | <input type="checkbox"/> مبلغ إيجاري هو _____ دولار بالشهر.
<input type="checkbox"/> أشارك في الإيجار (اشرح) |

راجع الوجه الآخر

أكمل هذا الجزء للإبلاغ عن تخفيض ساعات العمل أو التدريب للأشخاص القادرين بدون أفراد معاينين (ABAWD) كوبونات طعام (FS)

انخفض عدد ساعات العمل أو التدريب من 20 ساعة بالأسبوع أو 80 ساعة بالشهر إلى _____ ساعة بالأسبوع أو _____ ساعة بالشهر.

اسم الشخص/الأشخاص _____

علاقة الشخص بك _____

اشرح ما جرى _____

تاريخ التغيير _____

معلومات طوعية (كاففة وحدات مساعدات الأسرة)

أود الإبلاغ عن المعلومات التالية:

شهادة

إني أفهم أنه: إذا لم أقم عمداً بالإبلاغ عن كافة الواقع أو إذا أطليت وقائعاً خاطئة عن دخلي أو أملاكي أو أسرتي لحصولي أو استمرار حصولي على الإعانة أو المنافع، يمكن مقاضاتي قانونياً. وقد يمكن اتهامي باقتراف جرم إذا دفع لي خطأً مبلغ يزيد عن 400 دولار بشكل إعانت مالية و/أو كوبونات طعام.

أعلن مع الخصوص لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن الواقع المواردة في هذا البيان هي حقيقة وصححة وكاملة.

للإعانت المالية: أنت وزوجك/زوجتك الحاصل/الحاصلة على الإعانة أو ولـي الأمر الآخر (لطفـل حاصل على الإعانة) إذا كان قاطناً في المنزل.

لكوبونات الطعام: رأس الأسرة، أو عضـو في الأسرـة، أو مـمثـل مـفـوض عن الأسرـة.

من عليه التوقيع
أدناه:

رقم الشخص الذي يمكن الاتصال به	رقم هاتف المنزل	تاريخ التوقيع	التوقيع أو العلامة
توقيع الشاهد على التوقيع أو المترجم أو الشخص الآخر الذي قام بكتـلة هذا النموذج	تاريخ التوقيع	تاريخ التوقيع	توقيع الزوج/الزوجة أو ولـي الأمر الآخر لأطفال يحصلـون على إعـانـة مـالـية